

A Atenção Primária em Saúde Como Cenário de Práticas de Promoção da Saúde: Revisão Integrativa

Fernanda Carlise Mattioni¹, Liliane Spencer Bittencourt Brochier², José Gabriel Ferroni Leão², Priscila Tadei Nakata Zago³, Cristianne Maria Famer Rocha⁴

RESUMO

Objetivo: identificar e analisar as práticas de Promoção da Saúde, destinadas a grupos e coletivos, realizadas por equipes de Atenção Primária em Saúde (APS) no Brasil nos últimos cinco anos. **Método:** Revisão integrativa feita a partir do cruzamento do descritor e/ou MeSH “Promoção da Saúde” com as palavras-chave “Atenção Primária em Saúde” e/ou “Atenção Básica em Saúde” na Lilacs, no Ibecs, na BDEF, na SciELO, na CINAHL, na Medline, Embase, Web of Science e Scopus. Foram incluídos artigos originais publicados entre janeiro de 2016 e fevereiro de 2021. **Resultados:** dos artigos, 37 foram incluídos na revisão e agrupados em uma síntese numérica e temática. As práticas de Promoção da Saúde descritas nesses estudos inscrevem-se majoritariamente na abordagem comportamental, posto que alguns apresentaram práticas que remetem à abordagem reformista participativa. **Considerações finais:** identificamos práticas de Promoção da Saúde na APS em seis temáticas: Promoção da Saúde como sinônimo de educação em saúde para a mudança de comportamentos e adoção de hábitos saudáveis; fatores associados à adesão/participação nas práticas ofertadas; descrição e análise de um conjunto de práticas de Promoção da Saúde; Promoção da Saúde como resistência ao modelo biomédico e aumento da qualidade de vida; processos reflexivos e participação como práticas de Promoção da Saúde; e, oferta de espaços para atividade física nas comunidades. Ressalta-se que a necessidade de ampliação do escopo das práticas de Promoção da Saúde, realizadas na APS, pode possibilitar um maior impacto destas sobre os Determinantes Sociais da Saúde.

Palavras-chave: Atenção primária em saúde; promoção da saúde; saúde coletiva; equipe de saúde; enfermagem.

PRIMARY HEALTH CARE AS A SETTING FOR HEALTH PROMOTION PRACTICES: INTEGRATIVE REVIEW

ABSTRACT

Objective: to identify and analyse health promotion practices, aimed at groups and collectives, carried out by Primary Health Care (PHC) teams in Brazil in the last five years. **Method:** Integrative review, based on crossing the descriptor and/or MeSH “Health Promotion” with the keywords “Primary Health Care” and/or “Primary Health Care” in Lilacs, Ibecs, BDEF, SciELO, CINAHL, Medline, Embase, Web of Science and Scopus. Original articles published between January 2016 and February 2021 were included. **Results:** 37 articles were included and grouped into a numerical synthesis and a thematic synthesis. The Health Promotion practices described by the studies mostly fall under the behavioural approach. Some studies presented practices that refer to the participatory reformist approach. **Final Considerations:** We identified Health Promotion practices in PHC in six themes: Health Promotion as synonymous with health education for behavior change and adoption of healthy habits; factors associated with adherence/participation in the practices offered; description and analysis of a set of Health Promotion practices; Health Promotion as resistance to the biomedical model and increased quality of life; reflective processes and participation as Health Promotion practices; and, offering spaces for physical activity in communities. It is noteworthy that the need to expand the scope of Health Promotion practices, performed in PHC, can enable a greater impact of these practices on the Social Determinants of Health.

Keywords: Primary health care; health promotion; public health; interdisciplinary health team; nursing.

Submetido em: 22/11/2021

Aceito em: 8/1/2022

¹ Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem (PPGENF). Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre/RS, Brasil.

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre/RS, Brasil.

³ Autora correspondente: Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem (PPGENF). Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Rua São Manoel, 963 – Sala 205, Bairro Rio Branco. CEP: 90620-110. Porto Alegre/RS, Brasil/Hospital Sanatório Partenon. Avenida Bento Gonçalves – de 2.164 a 4.592 – Partenon. CEP 90650001. Porto Alegre/RS, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/3471632854980808>. <https://orcid.org/0000-0001-6181-8381>. priscilanakata@gmail.com

⁴ Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem (PPGENF) e Programa de Pós-Graduação em Educação (PPGEDU). Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre/RS, Brasil.

INTRODUÇÃO

A saúde tem passado por marcantes transformações em seus conceitos e práticas. Ao longo do tempo assistimos a uma ampliação dos limites evocados pelo significado do termo. O modelo médico-hospitalocêntrico, focado na cura da doença, apesar de ter alcançado certa hegemonia, conviveu com críticas e disputou espaços com propostas alternativas, como o modelo da Atenção Primária em Saúde (APS), pensada internacionalmente desde o início do século 20¹.

O Relatório Dawson de 1920 é um dos primeiros documentos a difundir a noção de APS em uma perspectiva de organização sistêmica, regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde por nível de complexidade e com uma base geográfica definida¹. Sob este enfoque, a intervenção médica deveria ser praticada também nas comunidades a partir de abordagens generalistas. Somente na década de 70 do século 20, entretanto, quando as críticas ao modelo médico-hospitalocêntrico cresceram e se refinaram, é que a proposta da APS ganhou força internacionalmente. Tais reflexões afirmam que o modelo médico-hospitalocêntrico, mesmo sem nunca ter deixado de estar presente na maioria dos países, inclusive no Brasil, seria demasiadamente dispendioso, excludente e pouco eficiente no melhoramento global dos níveis de saúde da população¹.

Os modelos universais de proteção à saúde são mais eficazes e equânimes e, por consequência, impactam positivamente nas condições de saúde da população. Assim, foi caracterizada uma APS abrangente a partir de quatro atributos essenciais: primeiro contato, continuidade e longitudinalidade, integralidade em todos os âmbitos da saúde e coordenação das diversas ações de serviço. São apontados, ainda, três atributos derivados: abordagem familiar, abordagem comunitária e competência cultural para se comunicar e reconhecer as diferentes necessidades dos diversos grupos populacionais².

No Brasil, além de formulações internacionais, também têm sido agregadas outras perspectivas, concepções e diretrizes. Assim, a APS foi (e ainda é) também chamada de Atenção Básica (AB), “como significante de resistência à APS seletiva”³⁻⁴. Ou seja, buscou-se desenvolver um arcabouço teórico e legal capaz de ampliar o escopo da APS no país em oposição à perspectiva proposta pelo Banco Mundial inscrita na racionalidade neoliberal, que previa um pacote restrito de serviços de saúde que deveria ser direcionado às populações mais pobres. Pretendia-se, assim, garantir, pelo menos na base legal da APS brasileira (chamada, desde então, de Atenção Básica), os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), que preveem a universalidade, a integralidade e a participação da comunidade³.

A partir da primeira edição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em 2006⁴, e de sua atualização em 2011⁵, a rede de serviços que integra a APS foi ampliada no país, incluindo equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), Estratégia de Saúde Bucal (ESB), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Programa Academia da Saúde, Programa Saúde na Escola (PSE), entre outras iniciativas que visavam a ampliar e qualificar a APS no país. Já a versão da PNAB, publicada em 2017⁶, representou um recrudescimento desta rede de



serviços, acompanhando a tendência de menores investimentos em políticas sociais, que ocorreu no Brasil a partir de 2016³.

De acordo com a PNAB⁶, o processo de trabalho das equipes da ESF prevê ações de Promoção da Saúde (PS), prevenção de doenças e reabilitação. Considerando que os núcleos profissionais que integram a equipe mínima de ESF são Enfermagem, Agente Comunitário de Saúde e Medicina, destacamos o protagonismo da Enfermagem, em parceria com outras profissões da área da saúde, na condução de práticas de PS na APS.

A PS, em sua apresentação brasileira, constituiu-se como uma síntese das vertentes conceituais do movimento da PS, originado no Canadá, e da Saúde Coletiva, estruturado no Brasil, desde a década de 70 do século 20. Assim, incorpora em seus documentos técnico legais, bem como em suas práticas, tanto a racionalidade neoliberal adotada pelos organismos financeiros internacionais quanto as perspectivas participativas e de cidadania presentes no Movimento Sanitário Brasileiro⁷.

Desta forma, a PS pode caracterizar-se tanto por abordagens focadas unicamente em mudanças de comportamentos individuais quanto por abordagens que contemplem estratégias ampliadas, envolvendo diferentes setores para a melhoria dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS); estes são definidos como os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. O *Modelo de Göran Dahlgren e Margaret Whitehead* (ver Figura 1) inclui os DSSs dispostos em diferentes camadas, desde uma camada mais próxima dos determinantes individuais até uma camada distal, em que se situam os macrodeterminantes⁸.



Figura 1 – Modelo explicativo dos Determinantes Sociais da Saúde de Dahlgren e Whitehead⁸



Fonte: Buss e Pellegrini Filho, 2007.

A partir do exposto, evidencia-se a relevância de estudos que se destinem a identificar e analisar as práticas de PS realizadas na APS na atualidade. Tais análises podem servir de subsídios para a reorganização das práticas tanto nos serviços de saúde que integram a APS quanto para a elaboração de diretrizes referentes à PS no âmbito da gestão do SUS.

O objetivo deste artigo é identificar e analisar as práticas de PS, destinadas a grupos e coletivos, realizadas recentemente pela rede de serviços que integram a APS no Brasil.

MÉTODOS

Foi realizada uma revisão integrativa, cujo método sustenta-se na Prática Baseada em Evidências e tem por objetivo identificar estudos que apontem para evidências científicas relacionadas às práticas em saúde. Foram seguidos os seis passos metodológicos da revisão integrativa: (1) formulação do problema ou questão; (2) definição dos critérios para inclusão; (3) definição das informações a serem extraídas e aplicação de um instrumento; (4) análise das informações registradas; (5) interpretação e discussão dos resultados; e, (6) apresentação da revisão⁹.

A questão que orienta esta revisão é: Que práticas de PS, destinadas a grupos e coletivos, têm sido recentemente desenvolvidas pela rede de serviços que integram a APS no Brasil?

Os estudos foram selecionados em diferentes repositórios e bases de dados. Mediante a Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), foram acessadas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs); Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (Ibecs); Base de Dados de Enfermagem (BDENF); *Scientific Electronic Library Online* (SciELO); e, *Cumulative Index to Nursing and Allied* (CINAHL); e por meio do *PubMed*: a *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline); *Embase*; *Web of Science*; e, *Scopus*.

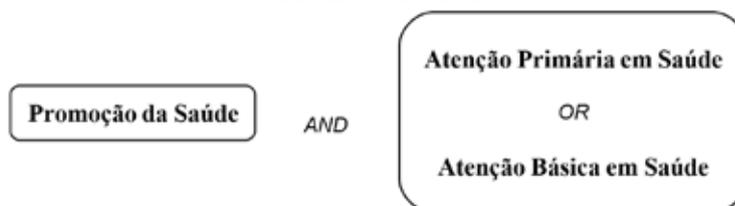
Os critérios de inclusão foram artigos originais, elaborados a partir de pesquisa científica, publicados nos idiomas inglês, português e espanhol, cujo objeto abordasse práticas de PS voltadas a grupos e coletivos realizadas no contexto da APS no Brasil. Foram incluídos estudos que, em sua estrutura, analisam práticas de PS em suas diferentes dimensões e heterogeneidade. Artigos de revisão de literatura e relatos de experiência, bem como dissertações e teses, foram descartados. Quanto aos participantes (sujeitos de pesquisa) dos estudos incluídos, foram os profissionais da saúde e usuários dos serviços de APS. Para a busca na literatura foi estabelecido o limite temporal de estudos publicados de janeiro de 2016 a fevereiro de 2021. Esse recorte temporal foi estabelecido para contemplar o cenário de práticas ilustrado pelas publicações mais atuais dos últimos cinco anos, considerando, também, a publicação da segunda versão da Política Nacional de Promoção da Saúde, atualizada em 2014¹⁰.

A busca dos artigos foi realizada no mês de fevereiro de 2021, cruzando os descritores e/ou *Medical Subject Headings* (MeSH) “Promoção da Saúde” com “Atenção Primária em Saúde” e/ou com a palavra-chave “Atenção Básica em Saúde”, por meio dos operadores booleanos AND e OR, conforme Figura 2. Os correspondentes descritores em inglês foram: *Health Promotion* e *Primary Health Care*. Já no



idioma espanhol foram: *Promoción de la Salud* e *Atención Primaria de la Salud* (não existe descritor específico correspondente à “Atenção Básica” em inglês e espanhol).

Figura 2 – Combinações de descritores/MESH e palavras-chave com operadores booleanos “AND” e “OR”



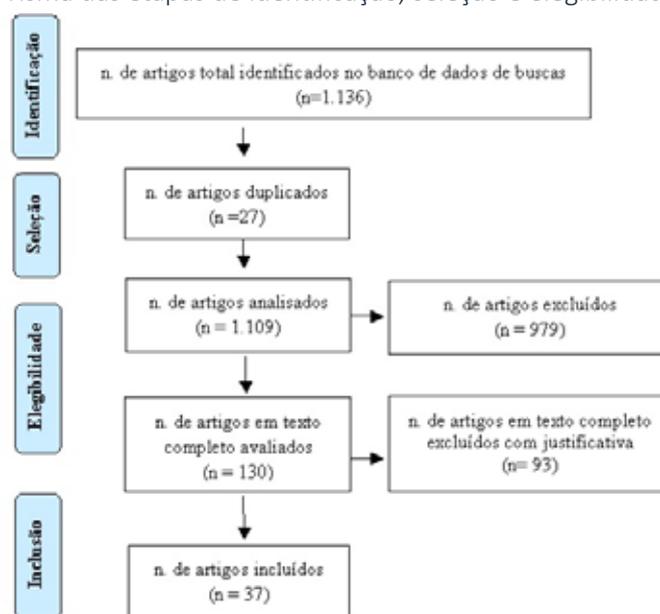
Fonte: Produção própria.

A opção por incluir apenas artigos que relatem pesquisas destinadas a ilustrar práticas de PS no cenário brasileiro, deve-se à pretensão de vincular as análises às construções e operacionalização de políticas públicas de saúde no contexto do SUS. Essa escolha limita à exposição de práticas de PS realizadas na APS no cenário internacional, mas possibilita o aprofundamento das análises referentes ao sistema de saúde brasileiro. Ainda com estas limitações geográfica e temporal, encontramos uma vasta produção científica na área no período pesquisado.

A seleção dos estudos deu-se em etapas consecutivas, incluindo a leitura do título, do resumo e do artigo na íntegra. Três pesquisadores realizaram as buscas e a seleção dos artigos de maneira independente. Os dados foram registrados em um instrumento de coleta único, compartilhado entre os pesquisadores. A partir dos dados extraídos, foram realizados debates quanto à inclusão/exclusão dos estudos. Discordâncias dos achados entre os revisores foram resolvidas com a mediação de um quarto pesquisador. A Figura 3 exhibe o processo de busca, de exclusão e de seleção dos estudos encontrados de acordo com as recomendações do Prisma¹¹.



Figura 3 – Prisma das etapas de identificação, seleção e elegibilidade dos artigos



Fonte: Produção própria.

Foi realizada uma adaptação do fluxograma Prisma para contemplar a apresentação do processo de seleção dos artigos, conforme mostra a Figura 3. Após a realização das buscas, identificamos artigos duplicados (27). Em seguida, realizamos a leitura do título e do resumo dos 1.109 artigos encontrados. Nessa primeira etapa foram descartados 979 artigos por não corresponderem ao objetivo e aos critérios de inclusão desta revisão integrativa.

Em um segundo momento realizamos a leitura, na íntegra, dos 130 artigos restantes, sendo excluídos outros 93 estudos pelo mesmo motivo: não responderem ao objetivo da revisão. Os critérios de inclusão foram observados na fase de leitura dos resumos dos 1.109 artigos analisados. Ao final, 37 artigos apresentaram correlação aos objetivos e foram incluídos nesta revisão.

Os dados foram mapeados com um instrumento estruturado, desenvolvido pelas autoras, que permitiu a síntese dos principais resultados: ano de publicação, periódico, local de estudo, tipo de serviço, participantes da pesquisa, coleta de dados, método usado, tipo de análise, temática abordada, resultados e principais abordagens da PS apresentada.

Por fim, foi realizada a etapa de compilação e comunicação dos resultados, com a intenção de expor a visão geral de todo o material. Esses resultados são apresentados por meio de uma síntese numérica e temática. Na síntese numérica foram descritas as características dos estudos incluídos, tais como número total de estudos, tipos de método, anos de publicação, características da população em estudo, periódicos nos quais os estudos foram publicados e as práticas de PS abordadas nos artigos. Já a síntese temática corresponde a um resumo dos temas principais apresentados pelos artigos incluídos na revisão. As análises foram sustentadas nos referenciais teóricos da APS, da PS e dos DSSs.



RESULTADOS

Dos 1.109 artigos identificados, 37 foram incluídos nesta revisão. O período de publicações foi de janeiro de 2016 a fevereiro de 2021, e em 2016 e 2020 foram publicados o maior número de artigos – nove em cada ano. Os 37 artigos relatam estudos desenvolvidos no Brasil, correspondendo aos critérios de inclusão.

Em relação à metodologia empregada, 21 estudos foram realizados por meio da metodologia qualitativa e 16 utilizaram a metodologia quantitativa. Nenhum estudo usou métodos mistos. Os dados de pesquisa dos artigos incluídos foram obtidos por meio de dados secundários: sistemas de informação em saúde (2 estudos) e material publicado por serviços de saúde em mídias digitais (1 estudo); por intermédio de dados primários: questionários (13 estudos); entrevistas (18 estudos); grupos focais (5 estudos); e observação (3 estudos). Quatro pesquisas utilizaram mais de uma técnica de coleta de dados.

Quanto às revistas científicas, nas quais os artigos foram publicados, destaca-se que a maior parte são brasileiras, sendo apenas uma originária de outro país (Indonésia). A área de conhecimento dos periódicos é: Saúde Coletiva (20 revistas), Enfermagem (13 revistas) e Epidemiologia (4 revistas).

Identificamos os principais resultados de cada estudo após a leitura dos textos na íntegra. O Quadro 1 mostra os temas de cada artigo e as abordagens da PS. Para definirmos a caracterização da abordagem da PS utilizada, utilizamos a nomenclatura adaptada à proposta por Castiel e Diaz¹²: abordagem *comportamental/adoção de hábitos saudáveis* inscritas na perspectiva conservadora, em que a PS seria um meio de direcionar indivíduos a assumirem a responsabilidade por sua saúde e, ao assim fazerem, reduzir o peso financeiro na assistência à saúde, e abordagem *reformistas/participativa*, na qual a PS atuaria como estratégia para criar mudanças na relação entre cidadãos e Estado por meio da ênfase em políticas públicas e ação intersetorial. A perspectiva *libertária* que, segundo os autores, caracteriza mudanças sociais mais profundas, não foi identificada nas práticas descritas pelos estudos incluídos.

Quadro 1 – Temáticas identificadas nos estudos e abordagens da Promoção da Saúde

Temática Abordada	Abordagem da PS utilizada
Prática de atividade física ¹³⁻¹⁹	Comportamental/adoção de hábitos saudáveis
Promoção da Saúde para portadores de condições crônicas ²⁰⁻²⁴	Comportamental/adoção de hábitos saudáveis
Práticas Integrativas e Complementares – PICS ^{14,25-27}	Comportamental/adoção de hábitos saudáveis; Reformista Participativa
Conjunto heterogêneo de práticas de Promoção da Saúde ²⁸⁻³⁰	Comportamental/adoção de hábitos saudáveis; Reformista Participativa
Alimentação saudável ³¹⁻³²	Comportamental/adoção de hábitos saudáveis
Práticas de educação em saúde para gestantes ³³⁻³⁴	Comportamental/adoção de hábitos saudáveis
Educação em saúde para a mudança de estilos de vida ³⁵⁻³⁶	Comportamental/adoção de hábitos saudáveis
Promoção da Saúde sexual e reprodutiva ³⁷⁻³⁸	Comportamental/adoção de hábitos saudáveis
Promoção da Saúde e a participação social ³⁹⁻⁴⁰	Reformista Participativa
Promoção da Saúde por meio de grupos de saúde ⁴¹⁻⁴²	Comportamental/adoção de hábitos saudáveis; Reformista Participativa
Promoção da Saúde do idoso ⁴³⁻⁴⁴	Comportamental/adoção de hábitos saudáveis; Reformista Participativa
Promoção da Saúde Bucal ⁴⁵	Comportamental/adoção de hábitos saudáveis; Reformista Participativa
Programa Saúde na Escola – PSE ⁴⁶	Comportamental/adoção de hábitos saudáveis; Reformista Participativa
Promoção da Saúde na adolescência ⁴⁷	Comportamental/adoção de hábitos saudáveis
Cessação do Tabagismo ⁴⁸	Comportamental/adoção de hábitos saudáveis
Educação em saúde nas m�dias digitais ⁴⁹	Comportamental/adoção de hábitos saudáveis; Reformista Participativa

Fonte: Produção própria.



Após a identificação das temáticas presentes nos artigos e das abordagens da PS, agrupamos os dados, de acordo com os resultados dos estudos, em seis sínteses temáticas. Os conjuntos de temas não foram previamente definidos, mas, sim, emergiram dos dados empíricos apresentados nas pesquisas incluídas nesta revisão.

PS como sinônimo de educação em saúde para a mudança de comportamentos e adoção de hábitos saudáveis

A PS é abordada nos artigos como sinônimo de Educação em Saúde. Práticas educativas são utilizadas para induzir usuários do serviço de saúde a adotarem comportamentos e hábitos saudáveis^{13,20,22,32,38,44,48,49}. Alguns estudos identificaram a insuficiência das práticas educativas para a mudança de hábitos^{13,22,49}. Outros apontaram mudanças nos hábitos de vida a partir das práticas educativas, mas sugerindo a necessidade de expansão e qualificação de atividades com tais características^{13,20,32,34,37,38,48}. A potencialidade das práticas educativas para a mudança de estilos de vida está na inclusão de metodologias dialógicas e que levem em consideração o contexto de vida dos usuários que participam das atividades^{22,33,48,49}.

Fatores associados à adesão/participação nas práticas ofertadas

Os fatores que interferem na maior ou menor participação de práticas de PS foram descritos em alguns dos estudos incluídos^{16-18,31,36,42}. A condição atual de saúde mostrou-se como fator que interfere na adesão das práticas de atividade física, de modo que uma autopercepção de estar mais saudável aumenta as chances de participar da atividade³¹. A falta de preparo dos profissionais para conduzir as práticas e a distância do serviço de saúde e a residência dos usuários, foram fatores que dificultaram a participação¹⁶. O vínculo^{17,36}, o comprometimento da equipe de saúde com os usuários, a motivação individual para melhorar sua condição de saúde¹⁷, o espaço de escuta, o compartilhamento de momentos de descontração, a troca de experiências¹⁸, o adequado processo de trabalho das equipes de saúde, o apoio e o incentivo da gestão, atual foram apontados como fatores que favorecem a participação dos usuários. O sentimento de pertença potencializa a permanência nas atividades pelo reconhecimento de seus saberes e necessidades afetivas, sociais e de saúde³⁶.

Descrição e análise de um conjunto de práticas de PS

Alguns artigos apresentaram como resultado uma análise do conjunto de práticas desenvolvidas no serviço de APS pesquisado^{14,21,28,30,37,45,46}. Observou-se que as ações de PS eram heterogêneas^{14,45}, abrangentes, diversificadas e desenvolvidas em conjunto com a equipe e a comunidade. Atendiam a diferentes faixas etárias, grupos específicos e vulneráveis e eram desenvolvidas por meio de diversas abordagens, tais como trabalho com grupos, orientação aos usuários, atendimentos individuais, intervenções em escolas e formação de parcerias institucionais¹⁴. Outro estudo mostra que a ação mais relatada pelas equipes foi a avaliação e a reabilitação de condições psicossociais²¹. O fortalecimento das ações de PS, principalmente para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não



Transmissíveis (DCNTs) pela APS, também foi relatada^{28,30}. Foram identificadas discrepâncias entre as regiões do país no que se refere à qualidade e à quantidade de práticas de PS, sendo as regiões Sul e Sudeste os locais em que mais se identificam ações de PS⁴⁵. Também foi descrito que as maiores ofertas de ações educativas e de PS ocorreram nos municípios de menor porte e com maior cobertura de Saúde da Família³⁰. Estudos apontaram a necessidade de qualificação das equipes de APS e da construção de práticas capazes de incidir sobre os DSS⁴⁵⁻⁴⁶.

PS como resistência ao modelo biomédico e aumento da qualidade de vida

Nessa síntese estão agrupados os estudos que apontam práticas de PS capazes de aumentar a qualidade de vida e diminuir a medicalização (no que se refere ao uso de medicamentos e procedimentos terapêuticos)^{24,27,41,43}. As Práticas Integrativas e Complementares (Pics) são relatadas como ações potentes para o aumento do bem estar, da integralidade da atenção e da diminuição da medicalização na APS^{25,27,43}. Resultados de outro estudo demonstram que as abordagens de grupo podem contribuir com a transformação do modelo hegemônico biomédico das práticas de saúde⁴¹. Deslocamentos de espaços de grupo, destinados à prescrição de medicamentos e aferição de sinais vitais, para seu estabelecimento como espaço de encontro e convivência comunitária, focado em conversas acerca de conhecimentos, apoio social e estratégias para a qualidade de vida e a realização de projetos de felicidade, também podem ser entendidos como diminuição da medicalização em saúde²⁴.



Processos reflexivos e participação como práticas de PS

A oferta de espaços para a reflexão sobre as condições de saúde da comunidade, bem como do funcionamento e necessidades do serviço de APS, foram apontadas como expressões da PS³⁹⁻⁴⁰. A Educação Popular em Saúde (EPS) é descrita como uma estratégia capaz de superar práticas tradicionais de Educação em Saúde, nas quais ocorre apenas a transmissão de informações. Já a EPS é capaz de, além de mediar a construção de novos saberes, promover o desenvolvimento de posturas responsáveis e autônomas, a transformação da realidade e a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos³⁹. A participação popular, por meio dos Conselhos Locais de Saúde, foi descrita como prática de PS. Os conselheiros sentem-se importantes como colaboradores na elaboração de políticas públicas e no auxílio a outros órgãos no controle orçamentário e fiscalizatório⁴⁰.

Oferta de espaços para atividade física nas comunidades

Por fim, estudos demonstram que oferecer espaços, estrutura, apoio e orientação para a realização de práticas de PS é fundamental para que elas ocorram^{15,19}. A presença de academias da saúde, montadas no território de atuação da equipe de APS/ESF, foi imprescindível para que os usuários passassem a realizar atividade física⁽¹⁵⁾. Outro estudo evidenciou maior chance de se atingir os níveis de atividade física diários suficientes nos locais em que o Programa Academia da Saúde estava presente¹⁹.

DISCUSSÃO

Os resultados apresentados apontam o predomínio de práticas de PS direcionadas a pessoas portadoras de condições crônicas, por meio de ações de Educação em Saúde, para a adoção de comportamentos e hábitos saudáveis^{13,20,22,32-38,44,48,49}.

O incremento de tais práticas ocorreu a partir dos anos 2000 no Brasil, e acompanha a publicação de políticas públicas na área da saúde. Tais políticas visam à reorganização do sistema de saúde brasileiro, no sentido de proporcionar a integralidade e a equidade por meio de serviços de saúde articulados em rede. Além disso, busca a indução de modelos de atenção capazes de atender também as condições crônicas de saúde, que passam a ser prevalentes com o envelhecimento da população.

Observamos que as práticas de PS, relatadas pelos estudos incluídos nesta revisão integrativa, demonstram um alinhamento às orientações destas políticas. Retomando o modelo explicativo dos DSS⁸, podemos inferir que tais práticas, que utilizam apenas a abordagem comportamental da PS, alcançam apenas a camada mais individual dos DSS, que se refere aos hábitos e estilos de vida. Embora tais práticas possam ter algum impacto para a melhoria das condições de saúde das pessoas, conforme apontaram estudos incluídos nesta revisão^{13,20,32,34,37,38,48}, a ausência de políticas públicas capazes de alcançar os aspectos mais distais no *Modelo de Dahlgren e Whitehead*, dos DSS⁸ (moradia, renda, saneamento, educação, meio ambiente, entre outros), significa delegar aos indivíduos e comunidades toda a responsabilidade por cuidarem de si mesmos.

Esta abordagem da PS, denominada comportamental, ao ser posta em ação isoladamente, acompanha a racionalidade neoliberal, que ganhou espaço nas políticas de saúde brasileiras, principalmente a partir dos anos 2000. O projeto neoliberal na área da saúde foi estruturado, ainda na década de 90 do século 20, pelos organismos financeiros internacionais, que previam em seus modelos de atenção à saúde a oferta de pacotes mínimos de serviços pelo Estado e a responsabilização máxima de indivíduos e comunidades pelos cuidados de saúde⁷.

Ainda que em menor número e ocupando um caráter marginal no campo da PS, no entanto, foram relatadas práticas que estimulam os processos de reflexão sobre as condições de saúde individuais e coletivas na comunidade, buscando apontar, também, as responsabilidades do Estado em relação ao setor saúde³⁹⁻⁴⁰. O fato de poucos estudos ilustrarem práticas de PS com tais características pode representar que elas ocupam lugar marginal no cenário da APS, ou, então, que ainda são realizados poucos estudos sobre a temática compartilhados junto a comunidade científica.

A comunidade científica não relata (ou não consegue encontrar espaço nos periódicos científicos para relatar) os processos participativos como exemplos de PS.

Destacamos, ainda, a influência dos princípios e diretrizes da APS no Brasil, que sustentam as tecnologias de cuidado utilizadas e os pressupostos da relação das equipes com os usuários. Atributos como o vínculo, a longitudinalidade, a



integralidade, a atuação nos territórios e a construção compartilhada de saberes^{16,18,31,36,42}, denotam potencialidades tanto para fomentar a participação nas práticas de PS ofertadas quanto para possibilitar a ampliação do escopo de tais práticas, estimulando a construção de espaços de reflexão e resistência à racionalidade neoliberal que tende a responsabilizar apenas os indivíduos pela sua saúde⁸.

Além disso, algumas práticas de PS relatadas nos estudos incluídos^{24-27,41,43} contribuem para abordagens mais integrais, que resultam em bem-estar individual e menor uso de medicamentos e procedimentos invasivos. Assim, o impacto de tais práticas significa a resistência ao processo de intensa medicalização, preconizado pelo modelo biomédico presente em muitos serviços de saúde.

As práticas relatadas pelos estudos, que alcançam aspectos mais distais dos DSSs⁸, são aquelas associadas a políticas públicas que ofertam serviços nos territórios^{15,19}. Também em menor número, estes estudos demonstraram como a presença do Estado, por meio de serviços de saúde estruturados no território de vida das pessoas, são capazes de estimulá-las a se engajarem no seu cuidado de saúde. Destacamos, assim, a premissa da PS, cujo escopo é ampliado, que pressupõe que a complexidade da Determinação Social da Saúde demanda respostas igualmente complexas e com o engajamento de diferentes atores no processo: indivíduo, comunidades e gestores⁵⁰.

A partir destas reflexões podemos apontar os retrocessos e limitações para as práticas de PS no contexto da APS na contemporaneidade. Considerando a emergência e a ampliação de medidas de austeridade no campo das políticas de saúde, inscritas na racionalidade neoliberal, observamos o recrudescimento de tais políticas por meio do congelamento dos gastos públicos em políticas sociais e as limitações no financiamento das equipes de APS e no credenciamento de novas equipes³.

Além dos impactos diretos das medidas de austeridade fiscal nos serviços de APS, observamos que tais medidas afetam a vida como um todo, impactando nas condições de saúde, bem como nas possibilidades que indivíduos têm para o cuidado de sua saúde. A ampliação de políticas públicas intersetoriais que favoreçam a construção de ambientes saudáveis, portanto, são necessárias para abrir possibilidades de cuidado para as comunidades.

Por fim, registramos que não foram identificadas, nos estudos incluídos, práticas de PS capazes de alcançar os DSSs mais distais do *Modelo de Dahlgren e Whitehead*⁸. Apesar de sabermos que pessoas com menor carga horária de trabalho e maior disponibilidade de tempo tendam a conseguir cuidar melhor da sua saúde¹⁷, nem sempre as macrocondições de um país (nesse caso, a legislação trabalhista) são consideradas quando se discutem políticas públicas que poderão interferir na saúde das pessoas. Mesmo que seja esperado que equipes de APS não tenham capacidade de incidir sobre as condições macroeconômicas, legislação ambiental, cultura de paz do país como um todo, entre outros aspectos que integram os DSSs distais, não foram identificadas práticas capazes de gerar processos reflexivos sobre tais aspectos. Assim, identificamos uma lacuna importante no que se refere às possibilidades de impulsionar a problematização destas questões que interferem nas condições de vida e saúde, tal qual realizava o



Movimento Sanitário Brasileiro nas décadas de 70 e 80 do século 20, com vistas à construção de um projeto de sociedade democrática e participativa com um sistema universal de saúde e, quem sabe, agora, iniciar discussões de transformações sociais mais profundas⁷.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Como limitação do estudo apresentamos o recorte de práticas realizadas apenas no cenário nacional. Além disso, destacamos a necessidade de novos estudos de revisão na área, cujo recorte possa contemplar atributos específicos da PS, como a participação social.

CONTRIBUIÇÕES PARA A ÁREA

Destacamos que a contribuição deste artigo para a Enfermagem e para o campo da Saúde Coletiva, está na apresentação de uma fotografia das práticas de PS realizadas na APS brasileira nos últimos cinco anos. Destacamos que a Enfermagem é profissão que integra a equipe mínima de ESF e ocupa cargos de gerenciamento destas equipes, bem como de gestão da APS nos municípios brasileiros. Esperamos, assim, que as análises apresentadas possam subsidiar as tomadas de decisão em tais espaços para a ampliação e a qualificação das práticas de PS, tornando-as mais efetivas e potencializando seu impacto.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apresentamos, nesta revisão integrativa, uma síntese da produção científica que relata as práticas de PS realizadas por equipes de APS no Brasil nos últimos cinco anos. Os resultados apontam para o predomínio de práticas de PS voltadas a mudanças de estilos de vida e adoção de hábitos saudáveis por meio de ações de Educação em Saúde. Em menor número, aparecem práticas de PS que estimulam a convivência, a reflexão sobre as condições de saúde e de vida, individuais e coletivas, e a participação comunitária. Desta maneira, inferimos que as práticas registradas na produção acadêmica brasileira se inscrevem majoritariamente em abordagens comportamentais da PS, alinhadas à racionalidade neoliberal, presente nos modelos de atenção à saúde prescritos por organismos financeiros internacionais desde os anos 1990.

Embora em menor número, são identificadas práticas de PS que se inscrevem na abordagem *Reformista/participativa*, cujas características ampliam seu escopo de atuação e alcançam algumas camadas dos DSSs que envolvem as políticas públicas intersetoriais. Tais práticas, no entanto, sofrem com o recrudescimento do financiamento público em tempos de austeridade fiscal.

Por fim, destacamos que não foram identificadas práticas de PS capazes de gerar discussões nos territórios em que atuam as equipes de APS acerca das macrocondições do país, consideradas as “causas das causas”. Ou seja, as iniquidades sociais e as decisões, que definem os rumos do país e interferem nas condições de vida e saúde das pessoas, não estão sendo pautadas/discutidas/

pensadas de acordo com os resultados dos estudos incluídos nas discussões possíveis nos territórios de atuação das equipes de APS.

Sendo assim, identifica-se a necessidade do fortalecimento dos serviços de APS com foco na atuação destes em seus territórios, visando à identificação das demandas relativas aos DSSs e à respectiva organização comunitária para buscar melhorias em saúde. A organização coletiva das comunidades, facilitada pelos serviços de APS, pode ser uma estratégia potente para a PS em sua vertente libertária, não identificada nos estudos incluídos nesta revisão.

REFERÊNCIAS

- ¹ Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade* [Internet]. 2011. [Acesso em: 2021 jun. 25];20(4):867-874. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>
- ² Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- ³ Melo EA, Mendoça MHM, Oliveira JR, Andrade GCL. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde em Debate* [Internet]. 2018 [Acesso em: 2021 jun. 25];42(1):38-51. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>
- ⁴ Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Institui a Política Nacional da Atenção Básica. 2006. [Acesso em: 2021 abr. 26]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006_comp.html
- ⁵ Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Redefine a Política Nacional da Atenção Básica. 2011. [Acesso em: 2021 abr. 26]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
- ⁶ Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Redefine a Política Nacional da Atenção Básica. 2017. [Acesso em: 2021 abr. 12]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
- ⁷ Carvalho SR. *Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança*. São Paulo: Hucitec; 2007.
- ⁸ Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis Revista de Saúde Coletiva* [Internet]. 2007 [Acesso em: 2021 jun. 25];17(1):77-93. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>
- ⁹ Roever L. *Guia prático de revisão sistemática e metanálise*. Rio de Janeiro: Thieme Revinter; 2019.
- ¹⁰ Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 687, de 30 de março de 2006. Institui a Política Nacional de Promoção da Saúde. 2006. [Acesso em: 2021 abr. 12]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0687_30_03_2006.html
- ¹¹ David M, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*. 2009 [Acesso em: 2021 jun. 25];6(7):e1000097. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- ¹² Castiel LD, Diaz CAD. *A saúde persecutória: os limites da responsabilidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
- ¹³ Silva CO, Freitas PP de, Santos LC dos, Lopes ACS. Consumo alimentar segundo o recebimento de orientação nutricional em participantes do Programa Academia da Saúde. *Rev Bras Ativ Fís Saúde* [Internet]. 2020 [Acesso em: 2021 jun. 25];25:1-8. DOI: <https://doi.org/10.12820/rbafs.25e0137>
- ¹⁴ Saporetti GM, Miranda PSC, Belisário SA. O profissional de educação física e a promoção da saúde em núcleos de apoio à saúde da família. *Trabalho Educação e Saúde* [Internet]. 2016 [Acesso em: 2021 jun. 25];14(2). DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00113>



- ¹⁵ Sá GBAR, Dornelles GC, Cruz KG, Amorim RCA, Andrade SSCA, Oliveira TP. O Programa Academia da Saúde como estratégia de promoção da saúde e modos de vida saudáveis: cenário nacional de implementação. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2016 [Acesso em: 2021 jun. 25];21(6). DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015216.09562016>.
- ¹⁶ Lucetti MDL, Santana VVF, Vidal ECF, Filho JAS, Pinto AGA. Percepção de usuários sobre os polos comunitários de atividade física em duas cidades do Ceará, Brasil. *Revista ABCS Health Sciences* [Internet]. 2020 [Acesso em: 2021 jun. 25];45. DOI: <https://doi.org/10.7322/abcshs.45.2020.1266>
- ¹⁷ Lemos EC, Bastos LLAG, Silva GB, Luna CF, Gouveia GC. Fatores associados à adesão ao Programa Academia da Cidade do Recife. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde* [Internet]. 2016 [Acesso em: 2021 jun. 25];21(5):470-482. DOI: <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.21n5p470-482>
- ¹⁸ Jesus JD, Sventnickas SP, Vieira A. Grupo de promoção à saúde: ampliando o cuidado em saúde de usuários com dores musculoesqueléticas crônicas em serviços de atenção básica. *Revista Movimento* [Internet]. 2019 [cited 2021 jun. 25];25. DOI: <https://doi.org/10.22456/1982-8918.91063>.
- ¹⁹ Faria TMTR, Brenner S, Deckert A, Florindo AA, Mielke GI. Health Academy Program and physical activity levels in Brazilian state capitals. *Revista brasileira de atividade física e saúde* [Internet]. 2020 [Acesso em: 2021 jun. 25];25. DOI: <https://doi.org/10.12820/rbafs.25e0133>
- ²⁰ Strehlow BR, Dahmer L, Oliveira TB, Fontana RT. Percepção dos usuários sobre os grupos de educação em saúde do PET – vigilância em saúde. *Cuidado é fundamental* [Internet]. 2016. [Acesso em: 2021 jun. 25];8(2):4.243-4.254. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i2.4243-4254>
- ²¹ Seus TLC, Silveira DS, Tomasi E, Thumé E, Facchini LA, Siqueira FV. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: promoção da saúde, atividade física e doenças crônicas no Brasil – inquérito nacional PMAQ 2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [Internet]. 2019. [Acesso em: 2021 jun. 25];28(2). DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742019000200009>
- ²² Negrão MLB, Silva PCS, Paraizo CMS, Gomes RG, Dázio EMR, Rezende EG, Resck ZMR, Fava SMCL. Sala de espera: potencial para a aprendizagem de pessoas com hipertensão arterial. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2018 [Acesso em: 2021 jun. 25];71(6):2.930-2.937. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0696>
- ²³ Magri S; Amaral NW, Martini DN, Santos LZM, Siqueira LO. Programa de educação em saúde melhora indicadores de autocuidado em diabetes e hipertensão. *Revista Eletrônica de Comunicação e Informação e Inovação em Saúde* [Internet]. 2020. [Acesso em: 2021 jun. 25];14(2):386-400. DOI: <https://doi.org/10.29397/reciis.v14i2.1788>
- ²⁴ Cruz PJSC, Virmes D, Leitão MH, Araújo RS. Educação popular como orientadora de grupos de promoção à saúde de pessoas com hipertensão e diabetes na atenção básica: caminhos e aprendizados com base em uma experiência. *Rev Atenção Primária à Saúde* [Internet] 2018. [Acesso em: 2021 jun. 25];28(3). DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2018.v21.16423>
- ²⁵ Randow R, Mendes NC, Silva LTH, Abreu MNS, Campos KFC, Guerra VA. Lian Gong em 18 terapias como estratégia de promoção da saúde. *Rev Bras Promoção da Saúde* [Internet]. 2017. [Acesso em: 2021 jun. 25];30(4). DOI: <https://doi.org/10.5020/18061230.2017.6365>
- ²⁶ Santos MS, Amarello MM, Vigeta SMG, Horta ALM, Tanaka LH, Souza KMJ. Práticas integrativas e complementares: Avanços e desafios para a promoção da saúde de idosos. *Rev Mineira de Enfermagem* [Internet]. 2018. [Acesso em: 2021 jun. 25];22:e-1125. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20180048>
- ²⁷ Dalmolin IS, Heidemann ITSB. Práticas integrativas e complementares na Atenção Primária: desvelando a promoção da saúde. *Revista Latinoamericana de Enfermagem* [Internet]. 2020. [Acesso em: 2021 jun. 25];28. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3162.3277>



- ²⁸ Oliveira, JH, Souza, MR, Morais Neto OL. Enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis na atenção primária à saúde em Goiás: estudo descritivo, 2012 e 2014. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [Internet]. 2020. [Acesso em: 2021 jun. 25];29(5). DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000500016>
- ²⁹ Maceno PR, Heidemann ITSB. Desvelando as ações dos enfermeiros nos grupos da atenção primária à saúde. *Revista Texto & Contexto Enfermagem* [Internet]. 2016. [Acesso em: 2021 jun. 25];25(04). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016002140015>
- ³⁰ Kessler M, Facchini LA. Ações educativas e de promoção da saúde em equipes do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica, Rio Grande do Sul, Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [Internet]. 2018. [Acesso em: 2021 jun. 25];27(2). DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000200019>
- ³¹ Silva CRM, Bezerra J, Soares FC, Mota J, Barros MVG, Tassitan RM. Percepção de barreiras e facilitadores dos usuários para participação em programas de promoção da atividade física. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2020. [Acesso em: 2021 jun. 25];36(4). DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00081019>
- ³² Lindemann IL, Mendoza-Sassi RA. Orientação para alimentação saudável e fatores associados entre usuários da atenção primária à saúde no sul do Brasil. *Rev Bras Promoção da Saúde* [Internet]. 2016. [Acesso em: 2021 jun. 25];29(1):34-42. DOI: <https://doi.org/10.5020/18061230.2016.p34>
- ³³ Silva MAM, Marques FM, Brito MCC, Viana RS, Mesquita ALM, Silva ASR *et al.* Grupo operativo com primigestas: uma estratégia de promoção à saúde. *Rev Bras Promoção da Saúde* [Internet]. 2017. [Acesso em: 2021 jun. 25];31(1):1-11. DOI <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.6406>
- ³⁴ Matos GC; Demori CC, Escobal APL, Soares MC, Meincke SMK, Gonçalves KD. Grupos de gestantes: espaço para humanização do parto e nascimento. *Rev Cuidado Fundam* [Internet] 2017. [Acesso em: 2021 jun 25];9(2). DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.393-400>
- ³⁵ Toledo MTT, Mendonça RD, Abreu MN, ACS. Aconselhamento sobre modos saudáveis de vida na Atenção Primária à Saúde. *Mundo saúde* [Internet]. 2017. [Acesso em: 2021 jun. 25];41(1):87-97. doi: <https://doi.org/10.15343/0104-7809.201741018697>
- ³⁶ Figueiredo DS, Heidemann ITSB, Fernandes GCM, Arawaka AM, Oliveira LS, Magagnin AB. Promoção da saúde articulada aos determinantes sociais: possibilidade para a equidade. *Rev Enferm Ufpe* [Internet]. 2019. [Acesso em: 2021 jun. 25];13(4):943-51. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i04a239123p943-951-2019>
- ³⁷ Santos SC, Almeida DB, Oliveira WAS, Alexandre ACS, Lyra FMP, Barbosa VFB. A prevenção do vírus da imunodeficiência humana pela equipe de atenção primária voltada aos adolescentes. *Rev Enferm Ufpe* [Internet]. 2017. [Acesso em: 2021 jun. 25];11(8). DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i8a110208p3050-3056-2017>
- ³⁸ Paiva CCN, Caetano R, Saldanha BL, Penna LCG, Lemos A. Atividades educativas do planejamento reprodutivo sob a perspectiva do usuário da Atenção Primária à Saúde. *Rev Atenção Primária à Saúde* [Internet]. 2019. [Acesso em: 2021 jun 25];22(1). DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2019.v22.16675>
- ³⁹ Santos ARR, Santos RB, Santos RMM, Nascimento JC, Vilela ABA. Educação popular como ferramenta de participação e promoção da cidadania na estratégia saúde da família. *Rev Enferm Ufpe* [Internet]. 2016. [Acesso em: 2021 jun. 25];10(9):3.259-3.264. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v10i9a11405p3259-3264-2016>
- ⁴⁰ Fernandes VC, Spagnuolo RS. Construção de práticas emancipatórias com conselheiros de saúde por meio de oficinas educativas e mapas conceituais. *Rev Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2021. [Acesso em: 2021 jun. 25];26(2). DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40962020>
- ⁴¹ Rego LS, Figueiredo GO, Romano VF, Baião MR. As atividades de grupo na perspectiva dos sujeitos em uma Clínica da Família. *Physis: Rev Saúde Coletiva* [Internet]. 2019. [Acesso em: 2021 jun. 25];29(03). DOI: <https://doi.org/10.29397/reciis.v14i2.1788>



- ⁴² Nogueira ALG, Munari DB, Fortuna CM, Santos LF. Pistas para potencializar grupos na Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016. [Acesso em: 2021 jun. 25];69(5). DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0102>
- ⁴³ Previato GF, Nogueira IS, Mincoff RCL, Jaques AE, Carreira L, Baldissera VDA. Grupo de convivência para idosos na atenção primária à saúde: contribuições para o envelhecimento ativo. *Rev Pesqui Cuid Fundam (On-line)* [Internet]. 2019. [Acesso em: 2021 jun. 25];11(1):173-180. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.173-180>
- ⁴⁴ Castro APR, Vidal ECF, Saraiva ARB, Arnaldo SM, Borges AMM, Almeida MI. Promoção da saúde da pessoa idosa: ações realizadas na atenção primária à saúde. *Rev Bras Geriat Geront* [Internet] 2018. [Acesso em: 2021 jun. 25];21(2). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.170133>
- ⁴⁵ Silveira Filho AD, Moysés SJ, Kusma SZ, Moysés ST. Potencial de efetividade das estratégias de promoção da saúde bucal na atenção primária à saúde: estudo comparativo entre capitais e regiões do Brasil. *Rev Bras Epidem* [Internet]. 2016. [Acesso em: 2021 jun. 25];19(4):851-865. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201600040014>
- ⁴⁶ Medeiros ER, Pinto ESG. Experience and professional training in the School Health Program. *Rev Escola Enferm USP* [Internet]. 2018. [Acesso em: 2021 jun. 25];52:0. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017048603378>
- ⁴⁷ Masson LN, Silva MAL, Andrade LS, Gonçalves MFC, Santos BD. A educação em saúde crítica como ferramenta para o empoderamento de adolescentes escolares frente às suas vulnerabilidades em saúde. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2020. [Acesso em: 2021 jun. 25];24. DOI: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20200023>
- ⁴⁸ Krinski BM, Faustino-Silva DD, Schneider M. Grupo de cessação de tabagismo na atenção primária à saúde: experiência de uma unidade de saúde de Porto Alegre/RS. *Rev Atenção Primária à Saúde* [Internet]. 2018. [Acesso em: 2021 jun. 25];21(1). DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2018.v21.15867>
- ⁴⁹ Barcelos PEL, Lima TV, Aguiar AC. Blogs e redes sociais na atenção à saúde da família: o que a comunicação online traz de novo. *Rev Eletrôn de Comunic Inform Inov Saúde* [Internet] 2020. [Acesso em: 2021 jun. 25];14(10). DOI: <http://dx.doi.org/10.29397/reciis.v14i1.1747>
- ⁵⁰ Buss PM, Hartz ZMA, Pinto LF, Rocha CMF. Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2020. [Acesso em: 2021 abr. 12];25(12). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320202512.15902020>

